

MÉMOIRES ORIGINAUX.

I

UN NOUVEAU SIGNE DES TUMEURS ADÉNOÏDES
DU PHARYNX NASAL,

Par le professeur **GRANCHER.**

Dans une de ses dernières leçons cliniques à l'hôpital de la rue de Sèvres, M. Grancher a traité l'intéressante question des tumeurs adénoïdes du pharynx. A ce propos l'éminent professeur a signalé un nouveau signe de cette affection.

Quand on observe un malade affecté de tumeurs adénoïdes du pharynx respirant librement, comme il a l'habitude de respirer, c'est-à-dire la bouche entr'ouverte, on voit les clavicules se soulever très légèrement, accompagnées, dans ce mouvement, par les côtes supérieures ; les côtes inférieures s'écartent également de l'axe de la poitrine, et l'épigastre et la paroi abdominale se soulèvent ; tous les diamètres du thorax s'accroissent, la respiration est costo-diaphragmatique. Le malade respire paisiblement et sans contrainte.

Mais si l'on recommande au malade de fermer la bouche, la voie nasale seule reste perméable au courant inspiratoire et on voit les clavicules et les côtes supérieures se soulever plus violemment, les sterno-mastoïdiens se contractent avec plus d'énergie. En même temps, la région épigastrique et la paroi abdominale, au lieu de se soulever comme tout à l'heure, se contractent et même se dépriment. Le type respiratoire est changé, et de costo-diaphragmatique devient costal-supérieur. Les inspirations s'accroissent et deviennent plus pénibles. La prise d'air est insuffisante et le malade lutte.

Si l'on vient à ausculter, on note, dans le murmure vésiculaire, des troubles équivalents, comme il était facile de le prévoir. Quand le malade respire, la bouche ouverte, le murmure est doux, ample, normal en un mot ; mais dès que, priant le malade de fermer la bouche, on intercepte cette voie com-

plémentaire à l'entrée de l'air, le murmure devient obscur, voilé, la respiration est incomplète.

L'étude attentive par la vue et par l'auscultation de l'acte respiratoire, le malade respirant alternativement la bouche ouverte et la bouche fermée, sont d'un précieux secours au point de vue non seulement du diagnostic de l'existence même de l'obstruction des arrière-narines, mais encore du degré de cette obstruction, le murmure vésiculaire étant proportionnel aux dimensions de la voie respiratoire.

Ces altérations du type et des qualités de la respiration se reproduisent également chez l'adulte qui, dans l'enfance, a eu des tumeurs adénoïdes et qui ne présente plus comme trace de leur existence que le rétrécissement des cavités nasales par suite du développement incomplet du squelette supérieur de la face. Chez ces sujets la voie respiratoire buccale est le complément nécessaire de la voie nasale devenue irrémédiablement insuffisante.

H. C.

II

PARALYSIE DES MUSCLES CRICO-ARYTÉNOÏDIENS POSTÉRIEURS. — TUBERCULOSE PULMONAIRE. — TABES DORSALIS,

Par C. HISCHMANN, interne des hôpitaux.

B... , Émilie, âgée de 43 ans, couturière.

Cette femme a toujours été d'une très bonne santé jusqu'en 1880. Régée à 18 ans, elle a eu deux grossesses, sans accidents, la dernière en 1865. Pas d'alcoolisme, pas de syphilis.

Donc, pas d'antécédents morbides. Cependant en 1877 elle fut subitement atteinte de strabisme convergent du côté de l'œil droit. Ce fut un matin qu'elle s'aperçut en se levant qu'elle voyait double, et en se regardant dans une glace, constata qu'elle *louchait*. Ce strabisme a persisté, malgré les traitements variés auxquels elle fut soumise.

En 1880, elle paraît avoir eu des accidents cholériformes dans le courant du mois d'août (diarrhée, vomissements,

crampes, anurie, etc.). A la suite, la menstruation devint irrégulière. Deux ou trois mois après elle commença à tousser; la toux, d'abord sèche, s'accompagna plus tard d'expectoration assez abondante. Puis la malade maigrit, sans que ses forces pourtant diminuassent sensiblement. Les autres fonctions étaient assez bien conservées.

Pourtant, depuis quelques années, son attention avait été attirée sur un autre symptôme important : je veux parler de douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs. Ces douleurs étaient même assez intenses parfois pour faire garder le lit à notre malade. Depuis quatre ou cinq ans, elle avait également des douleurs en ceinture, et c'est même pour ces dernières qu'elle entra à l'hôpital Lariboisière, le 18 octobre 1885, et fut admise dans le service de M. le Dr Gérin-Roze, salle Sainte-Geneviève, lit n° 3.

Indépendamment d'une lésion pulmonaire assez avancée que l'on constata aux deux sommets (signes de ramollissement très nets), la malade était presque complètement aphone, et, en raison de cet état, elle fut envoyée dans le service de notre excellent maître le Dr Proust, pour subir l'examen laryngoscopique.

Cette aphonie était particulière pour plusieurs raisons. D'abord son apparition avait été brusque; survenue trois mois auparavant, et, du jour au lendemain, sans cause apparente, elle s'accompagnait d'une dyspnée que n'expliquaient pas suffisamment les signes physiques observés du côté des poumons. La voix était chuchotée.

L'examen laryngoscopique fut pratiqué immédiatement, et nous fûmes frappés tout d'abord de l'absence totale de toute lésion organique du larynx. La muqueuse avait conservé partout sa coloration normale, et en aucun point on ne trouvait trace de la moindre congestion. Mais, d'autre part, en faisant respirer largement la malade, on constata bientôt qu'au lieu de s'éloigner de la ligne médiane, comme cela a lieu d'ordinaire, les cordes vocales inférieures restaient presque en contact et que l'orifice glottique n'était représenté que par une petite fente elliptique dont l'ouverture ne dépassait guère 1 à 2 millimètres au maximum. En même

temps cette inspiration forcée était pour la malade une cause de dyspnée intense, de sorte que l'examen laryngoscopique ne pouvait être prolongé au delà de quelques instants.

Les jours suivants la malade fut observée de nouveau, et on n'observa aucune modification dans les symptômes exposés. Pourtant il nous a semblé que peut-être la corde vocale gauche subissait un petit écartement de la ligne médiane, lors de l'inspiration forcée, mais ce mouvement se réduisait en somme à peu de chose.

En somme, il s'agissait ici d'une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs qui ont, comme on le sait, pour fonction, l'abduction des cordes vocales inférieures. Mais à quelle cause fallait-il rattacher cette lésion? voilà où il était difficile de se prononcer. Les paralysies isolées des abducteurs des cordes vocales sont assez rares : Morell-Mackenzie n'en cite que 24 cas dans son *Traité des maladies du larynx*. En outre, nous avions ici affaire à une malade dont l'état pathologique était très complexe. Indépendamment, en effet, de la tuberculose pulmonaire très manifeste dont elle était atteinte, nous devons appeler l'attention sur les phénomènes nerveux qu'elle a présentés depuis quelques années : nous voulons parler du strabisme subitement apparu, des douleurs fulgurantes et des douleurs en ceinture. La malade avait, en outre, une absence totale du réflexe rotulien, comme nous nous en sommes immédiatement assurés. La réunion de ces différents symptômes suffisait pour faire songer au tabes dorsalis; mais hâtons-nous d'ajouter que nous n'avions trouvé aucun signe manifeste d'ataxie.

Était-ce donc la tuberculose, était-ce le tabes qui était en cause? Je pense qu'il était très difficile de se prononcer d'une façon absolue. Une paralysie isolée des muscles du larynx, en l'absence de toute lésion organique de l'organe lui-même, doit évidemment être rare dans le cours de la tuberculose; il n'en existe guère qu'un cas signalé par Riegel en 1875 (*Volkmann's Sammlung Klin. Vorträge*, n° 95) chez un phthisique qui ne présentait aucun signe de lésion nerveuse.

Ce qui, dans l'espèce, pourrait faire pencher plutôt vers la

seconde hypothèse, c'est la rapidité avec laquelle l'aphonie et la dyspnée laryngienne s'étaient manifestées. Il y a là un phénomène que l'on peut rapprocher du strabisme, lequel était, comme nous l'avons dit, apparu du jour au lendemain. Il semble bien qu'une évolution aussi brusque ne soit pas le fait de la tuberculose. Mais on peut dire, d'autre part, que les paralysies musculaires du larynx d'origine tuberculeuse sont peut-être beaucoup moins rares qu'on ne le croit, et passent souvent inaperçues. Combien de fois les tuberculeux, atteints de lésions laryngées, ne sont pas examinés au laryngoscope ! de façon qu'il suffit ordinairement de voir apparaître l'aphonie dans le cours d'une tuberculose pulmonaire, pour s'en tenir au diagnostic de laryngite tuberculeuse.

III

EMPOISONNEMENTS PAR LA COCAINE,

Par **H. CHATELLIER** (Revue).

Nous avons relevé dans ces derniers temps un certain nombre de cas d'intoxication par le chlorhydrate de cocaïne. Il nous a paru intéressant de les mettre sous les yeux des lecteurs des *Annales* : car, dans les maladies du nez, des oreilles et du larynx, cette substance est devenue d'un usage journalier, et il n'est pas sans utilité d'être instruit par avance de la possibilité des accidents d'intoxication à la suite de l'administration de doses même très minimes, et des premiers symptômes auxquels on peut reconnaître l'empoisonnement.

Nous publions ces observations sans aucun commentaire, n'ayant aucunement l'intention de faire ici un article de toxicologie.

H. C.

Empoisonnement par la cocaïne simulant un empoisonnement par l'opium, par le D^r SPEAR (*Med. Record.*, 14 novembre 1885).

Un homme de 39 ans, bien portant, emprisonné pour ivresse,

se fait une injection hypodermique pour combattre les effets de l'alcool.

L'injection est faite vers 10 heures 45 minutes du matin.

A midi quarante minutes, ses compagnons remarquent sa pâleur, l'état violacé de ses lèvres et de ses mains, et que de larges gouttes de sueur perlent sur son front et coulent sur ses joues.

A midi cinquante minutes, le malade est trouvé assis sur le plancher, le dos appuyé au mur, les paupières étroitement closes, la bouche demi-ouverte, les pupilles contractées, la respiration lente, le pouls onduleux, faible et incomptable, la face congestionnée, les lèvres et les mains cyanosées, le corps baigné de sueur. Le malade est plongé dans un sommeil dont on ne peut le réveiller.

A 1 heure 10 minutes, le malade est dans le coma, la face cyanosée et bouffie, les pupilles très contractées, la peau couverte de sueur, la respiration lente et imperceptible, le pouls lent et de volume normal. On fait le diagnostic d'empoisonnement par l'opium. La pompe stomacale ne retire rien de l'estomac qui est vide. On fait une injection hypodermique de sulfate d'atropine, et on introduit de force une forte décoction de café dans la gorge.

Une heure et demie après ce traitement, il commence à donner des signes de vie. A 3 heures et un quart, les pupilles sont un peu moins contractées et sensibles à la lumière, le pouls est à 80° et de volume normal, 9 respirations à la minute; on le réveille sans difficulté, mais il se rendort si on le laisse tranquille quelques secondes. Il peut se tenir debout quelques instants, mais ne peut pas marcher.

A 5 heures, respirations 15, pouls 92, le malade peut marcher un peu mais en chancelant; pupilles contractées; on cesse tout traitement vu l'amélioration qui s'est produite et on se contente de le surveiller afin de l'empêcher de s'endormir plus de cinq minutes à chaque fois.

8 heures 1/2. On permet une heure de sommeil. Température dans la bouche 96°, 7, dans l'aisselle 96° (*Fahren.*). Pouls 84, il est plein et fort. Respiration 14. Les pupilles sont de dimensions normales et sensibles à l'impression de

la lumière d'une bougie. Le malade n'accuse aucun mal de tête, mais se dit très fatigué et accablé de sommeil.

Le lendemain matin le malade raconta qu'il a contracté l'habitude de la cocaïne dans le but d'apaiser la passion violente qu'il a pour les boissons alcooliques.

Le 18 octobre dans l'après-midi il acheta deux petites fioles dans chacune desquelles il mit environ 5 grains de chlorhydrate de cocaïne (1), il les remplit d'eau, et au moyen d'une seringue hypodermique se fit une injection renfermant environ 1 grain de sel.

Dans la soirée et toute la nuit il ne cessa de boire des consommations et se fit plusieurs injections de cocaïne. Enfin il s'injecta le reste de sa solution dans la prison, comme il a été rapporté plus haut.

Cet homme déclara ne jamais s'être fait une injection de morphine ; d'ailleurs les flacons furent retrouvés et il fut constaté qu'ils avaient bien réellement renfermé de la cocaïne ; du reste la personne qui avait fourni le sel cocaïque confirma le dire du malade. Il est donc bien évident que dans l'espèce il s'agissait d'un empoisonnement par le chlorhydrate de cocaïne.

Empoisonnement par le chlorhydrate de cocaïne, par le

Dr KENNICOTT (*Therap. Gazette*, 15 déc. 1885).

Une femme de 25 ans, de bonne constitution, se fit insuffler dans le nez environ 3 grains de chlorhydrate de cocaïne en solution dans l'eau, pour combattre une attaque de « hay fever ».

Au bout de quinze à vingt minutes survinrent des étourdissements, une grande sensation d'affaissement et de lassitude, en même temps que la vision s'obscurcissait.

Le Dr Kennicott trouva la malade dans un état demi-comateux duquel on la réveilla facilement ; les réponses étaient pénibles. La peau était chaude et sèche ; le pouls radial, rapide et si faible qu'on pouvait à peine le sentir ; les pupilles, largement dilatées ; déglutition et prononciation pénibles ; léger degré de dyspnée. Elle accuse de la sécheresse

(1) En tout 08^{gr}.50 de chlorhydrate de cocaïne.

de la gorge et un goût amer dans la bouche en même temps qu'elle a des frissons et des claquements de dents, quoique la température soit normale; bientôt après elle s'assoupit; ses yeux étaient fermés et les muscles de la face étaient contractés. La faiblesse, à ce moment, est extrême: la malade ne peut se porter; dyspnée légère. Quelques nausées sans vomissements. Les extrémités sont froides et les idées nettes quand elle est réveillée.

On fait prendre des stimulants, eau-de-vie, ammoniacque, digitale, en même temps que l'on frictionne et que l'on réchauffe les extrémités. Au bout de trois heures environ, les symptômes se sont dissipés.

Sous ce titre: *Dangers de la cocaïne*, le *Medical Record* du 5 décembre 1885 rapporte qu'un médecin de Chicago, le Dr B..., est devenu fou à la suite de l'abus de la cocaïne; les symptômes qu'il présenta, délire des grandeurs, nous font présumer qu'il s'agit dans ce cas d'une paralysie générale.

D'après le Dr BANDY (*Weekly medic. Review*, 10 octobre 1885), l'administration trop souvent répétée de la cocaïne à doses médicinales ou à doses trop fortes en injections hypodermiques donne naissance dès les premières phases de l'empoisonnement aux symptômes suivants: la face devient pâle et se couvre de sueur. Les pupilles se dilatent et deviennent insensibles à la lumière; il survient des nausées sans vomissements; les muscles masticateurs se raidissent et sont le siège de contractions cloniques. Les dents grincent parfois si violemment que l'émail en saute en morceaux. Le regard devient fixe et prend une expression indéfinissable. L'excitation nerveuse est intense et le malade parle avec une très grande animation. L'excitation générale est extrême.

L'empoisonnement chronique se traduit par le développement des « appétits dégradants » et des « passions ignobles », et le malade devient indifférent aux choses de la vie, oubliant ses devoirs. Son caractère est détestable et égoïste.

Le Dr GROSHOLZ publie dans le *British med. journ.* du 5 décembre 1885 l'observation suivante : un homme vigoureux et sujet aux syncopes vient le consulter pour un corps étranger de la cornée ; trois gouttes d'une solution de cocaïne à 4 0/0 sont instillées sur la conjonctive. Aussitôt la pupille se dilate et la conjonctive devient insensible. Pendant que l'on procède à l'extirpation du corps étranger, le malade devient subitement pâle, la tête et le cou se couvrent de sueurs, la respiration est pénible et le malade perd connaissance. On excite le malade et quelques minutes se passent avant qu'il ait repris connaissance.

Le docteur ZIEM, de Dantzig (cité par le *Weekly med. Review* du 2 janvier 1876), rapporte qu'il a instillé sur la conjonctive d'un homme de 40 ans deux gouttes d'une solution de cocaïne à 4 0/0. Au bout de quelques minutes le malade pâlit, pendant que son front se couvrait de sueurs et que la respiration devenait embarrassée. Après un quart d'heure de soins le malade revenait à lui. Cet homme avait des habitudes alcooliques.

Le docteur ZIEM fait observer que 17 cas d'empoisonnement par la cocaïne ont été rapportés par des oculistes ; dans 3, le médicament a été injecté par la méthode hypodermique, et dans 14, simplement instillé dans les culs-de-sac conjonctivaux.

Les symptômes habituels sont la pâleur de la face, le vertige, les sueurs de la face et du cou, une grande prostration avec malaise et abattement qui parfois se prolongent pendant plusieurs jours. Rarement il y a céphalalgie et vomissements.

Dans un cas, à la suite de l'instillation sur la conjonctive de 15 gouttes d'une solution à 2 0/0, il se produisit du chancellement dans la marche, une grande difficulté de la parole, une perte de la mémoire et une grande agitation.

Dans un autre cas, l'instillation, faite de la même manière, de 8 gouttes d'une solution à 3/5 0/0 amena des convulsions et la perte de connaissance.

Observation de P. Tissier (clinique Gouguenheim). — Ernestine H..., 4 ans, 20 quintes en moyenne, coryza conco-

mitant. Badigeonnage des fosses nasales, avec pinceau imbibé de chlorhydrate de cocaïne au 1/30^e. Dans l'après-midi, accidents éclamptiformes, convulsions, déviation du globe oculaire. Les accidents ont disparu sans traitement.

BIBLIOGRAPHIE.

Etude expérimentale sur la phonation, par le D^r LERMOYEZ (Paris, Doin, 1886. Un vol. in-8°).

Dans cette thèse inaugurale, l'auteur s'efforce d'élucider à l'aide du procédé expérimental divers points encore obscurs de la physiologie de la phonation. A quelle méthode d'investigation s'adresser? Il y a quatre procédés de recherche dans l'espèce, mais de valeur inégale : 1° l'utilité du laryngoscope dans les études physiologiques a été grandement surfaite; quelque paradoxal que cela puisse paraître, il faut beaucoup rabattre de l'engouement des premiers jours : « L'examen laryngoscopique de la glotte saine montre des résultats mais non des causes; on y voit le jeu des cordes vocales, résultant des forces combinées des muscles qui les meuvent, mais on ne voit ni comment, ni par où les muscles agissent, pas plus qu'en voyant tourner les aiguilles d'une pendule on ne se rend compte de son mécanisme d'horlogerie. Les enfants démontent leurs jouets pour en étudier le fonctionnement; le larynx aussi demande à être démonté, à être expérimentalement dissocié pour livrer ses secrets. » C'est en somme une méthode de vérification sûre, mais incapable de former les bases d'une théorie, 2° l'expérimentation sur l'animal vivant, fort utile dans certains cas, présente, entre autres défauts, ce grave inconvénient que, quand au cours d'une expérience il se produit une modification vocale, il est impossible de savoir si elle résulte d'une manœuvre de l'expérimentateur ou simplement de la volonté de l'animal; 3° l'emploi du larynx artificiel constitue une grosse faute d'expérimentation, une sorte de pétition de principes; elle est à rejeter; 4° le meilleur procédé d'étude est incontestablement celui qui consiste à faire parler un larynx de ca-

davre détaché du corps, et mis en position vocale. C'est à ce procédé d'étude que le Dr Lermoyez donne la préférence, tout en déclarant qu'il n'innove point, qu'il reprend simplement les expériences de Muller, avec l'intention de résoudre plus complètement les problèmes de la phonation.

Deux parties composent cette thèse. La première a uniquement trait à des recherches expérimentales personnelles; les faits observés sont énoncés sous forme de courtes propositions, dont il n'est tiré aucune conclusion, de telle sorte que, quelle que soit l'interprétation qu'on en veuille donner, même différente absolument de celle qu'en propose plus loin l'auteur, ces principes ne seront point atteints par la critique et pourront servir à édifier dans la suite toute autre théorie qu'on voudra. Trois séries d'expériences ont été instituées. Les unes ont été faites sur des larynx humains, détachés du corps, mis en position vocale et chez qui les jeux musculaires ont été reproduits aussi fidèlement que possible. Dans une seconde série, des vivisections ont été faites à l'effet de déterminer le fonctionnement des muscles thyro-aryténoïdiens durant la phonation. Enfin l'auteur a eu l'heureuse chance, durant l'épidémie de choléra en 1884, de pouvoir disséquer des larynx immédiatement après la mort, et de faire une étude électrique détaillée de leurs muscles; les résultats de cette investigation originale sont intéressants et neufs.

A l'inverse de la précédente, la seconde partie, toute d'érudition et de critique, est passible d'argumentation; l'auteur le déclare en commençant, et, s'il a préféré une telle division de son travail, c'est qu'il a voulu mettre la partie purement expérimentale de son œuvre à l'abri de toute attaque doctrinale, en ne plaçant point à côté de la certitude d'une expérience la probabilité d'une interprétation, de crainte que l'objection s'adressant à celle-ci ne semblât du même coup porter préjudice aux deux; les choses étant ainsi disposées, la seconde partie peut être entièrement convaincue d'erreur sans que les assises expérimentales de l'œuvre en soient ébranlées.

Il serait trop long de résumer toute cette seconde partie; il me suffira de citer la conclusion de la thèse :

« 1° Le mécanisme de l'élévation et de l'abaissement de la voix réside presque uniquement dans la tension ou le relâchement des cordes vocales. La longueur des cordes n'entre jamais comme facteur dans ces modifications, puisque, au contraire, elle augmente quand le son s'élève;

« 2° Les variations de diamètre de l'ouverture glottique influent sur le timbre, mais non sur la hauteur de la voix;

« 3° La béance de la glotte interaryténoïdienne produit constamment l'aphonie. La fermeture de cet espace, au moment de l'émission du son, est assurée par la contraction du muscle aryténoïdien; cependant il est probable qu'un léger degré d'écartement des aryténoïdes est compatible avec la production de sons graves du registre de poitrine;

« 4° La contraction simultanée des crico-aryténoïdiens latéraux et postérieurs assure la fixation solide des aryténoïdes sur le cricoïde, sans laquelle l'effet des muscles vocaux n'est point possible;

« 5° Le crico-thyroïdien est le seul muscle tenseur des cordes vocales;

« 6° Le thyro-aryténoïdien interne a deux effets quand il se contracte : *a* en rapprochant leurs extrémités, il relâche les cordes vocales ligamenteuses; *b* en se gonflant, il exerce sur celle-ci une pression latérale de dehors en dedans qui assure le maintien de la voix de poitrine;

« 7° Il y a donc, dans le larynx accommodé à la phonation, antagonisme et lutte vocale perpétuelle entre les tenseurs et les relâcheurs des cordes vocales;

« 8° L'intonation normale résulte de l'équilibre qui s'établit entre ces deux faces opposées;

« 9° Indépendamment de la contracture du muscle crico-thyroïdien, qui les tend activement, les cordes vocales subissent de la part de l'air expiré une tension passive; cette tension passive joue un grand rôle dans la production des sons élevés;

« 10° La compensation vocale est le phénomène grâce auquel une note peut être variée dans son intensité sans que sa hauteur se modifie; elle est due à ce que la tension active des cordes vocales diminue quand la tension passive aug-

mente, et inversement, de façon que la somme de ces deux tensions reste constante. Le crico-thyroïdien est le muscle de la compensation vocale;

« 11° Le son vocal est dû aux vibrations primitivement sonores des cordes, et non aux vibrations de l'air;

« 12° Le muscle thyro-aryténoïdien ne vibre jamais;

« 13° Dans la voix de poitrine, les couches fibreuse et muqueuse vibrent ensemble: le muscle thyro-aryténoïdien reste contracté; la fente glottique est presque nulle; il y a forte pression, mais faible dépense d'air. »

« Dans la voix de fausset, la muqueuse vocale vibre seule: le muscle thyro-aryténoïdien est relâché; la glotte demeure elliptique et béante; la dépense d'air expiré est forte, mais sa pression est très faible.

« Le muscle thyro-aryténoïdien interne est le muscle de la voix de poitrine;

« 14° L'écart qui existe entre les diapasons de ces deux registres est en moyenne d'une quarte.

« 15° Les différences de hauteur de ces deux registres sont dues aux différences de nature, et non point aux différences de longueur des anches vocales. »

Outre qu'elle est fixée par ces théories, peut-être aujourd'hui paradoxales, demain vraies, l'attention mérite d'être attirée sur certains chapitres d'une originalité réelle, et qui dissertent longuement sur des points qu'effleurent à peine d'ordinaire les livres de physiologie, lors qu'ils ne les omettent pas, ainsi qu'il leur est plus commode. Je citerai spécialement le chapitre qui traite de l'*intonation normale*, considérée comme résultante de la position d'équilibre de deux forces auriculaires adverses et contre-balancées; il est aisé de saisir la nouveauté du sujet en remarquant que, malgré la tendance *germanoïde* ou germanique (?) qu'a l'auteur à sacrifier parfois dans une question la clarté à l'érudition, on ne lui voit, dans ces pages, ni citer un nom, ni noter une indication bibliographique; c'est un terrain vierge qu'il défloie. Ailleurs, le rôle de la tension des cordes vocales par l'air expiré est réhabilité comme modificateur puissant de la hauteur des sons, et mis d'égalité avec la fonction du muscle

tenseur; et plus loin le mécanisme de la compensation vocale est longuement étudié et fixé avec une quasi-certitude.

Il ne faut point demander à cette thèse ce qu'elle n'a jamais eu l'intention de donner : un résumé facile, un manuel de physiologie vocale. Il y a des côtés entiers de la théorie de la phonation qui, de parti pris, sont laissés à l'écart; de sorte qu'on se tromperait gravement en la recommandant comme ouvrage d'enseignement. La lecture en est souvent aride; le texte, hérissé de noms étrangers, de dates, de formules géométriques, ne se laisse point parcourir avec cette aisance qu'on éprouve à feuilleter les trop nombreux manuels de vulgarisation scientifique. — Tel qu'il est, cet ouvrage constitue un document expérimental de haute valeur, utile surtout à consulter pour qui veut fouiller fort avant dans la théorie de la phonation; il faut, pour ne point s'y rebuter, être déjà très au courant des choses de la voix; mais alors on y trouvera un vif intérêt, d'autant plus que beaucoup de points y sont simplement indiqués qui réclament de plus amples développements; c'est en un mot le livre, non pas de qui veut apprendre, mais de qui veut s'instruire. A. G.

Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, parle D^r CASTEX
(*Revue de chirurgie*, n^{os} 1 et 2, 1886).

M. Castex, prosecteur de la Faculté de médecine, vient de publier dans la *Revue de chirurgie* une étude fort intéressante sur les tumeurs malignes de l'arrière-bouche. Ce chapitre de pathologie semblait être tenu à l'écart, et, cependant, qui ne se souvient d'avoir vu, dans les hôpitaux, de ces malheureux, présentant un pharynx rongé par un cancroïde diffus, rebutés par tous les traitements et s'éteignant avec les signes de la plus profonde cachexie.

Le siège de prédilection, au moins à l'origine, semble être l'amygdale. A ce propos, l'auteur insiste beaucoup sur l'anneau lymphatique du gosier, anneau bien décrit par Valdeyer, et formé par les *amygdales* pharyngée, tubaire, linguale, et amygdale proprement dite.

Les lymphatiques qui y prennent naissance suivent diverses directions, mais M. Castex rappelle avec quelle constance les

ganglions de l'angle de la mâchoire sont atteints par la néoplasie.

De toutes, la plus fréquente est, sans contredit, l'épithéliome, et ce fait a son importance, pour l'intervention active, l'intervention chirurgicale : car on sait la marche lente, la généralisation tardive de ces tumeurs.

Quels sont donc les signes précoces ? Car si l'on doit agir, c'est surtout au début qu'on pourrait légitimement compter sur quelques chances de succès. Comme le fait remarquer M. Castex, le début s'annonce soit par des phénomènes gutturaux, locaux, soit par des phénomènes douloureux à distance, soit enfin par l'adénopathie précoce.

De ces modes de début, le dernier est certes le plus frappant, car l'otalgie la plus tenace, la sialorrhée la plus abondante, la dysphagie la plus nette, ne sauraient avoir le même cachet d'authenticité : toute cette symptomatologie se retrouvant dans les lésions tuberculeuse, syphilitique, dentaire même, si l'on se place dans certaines conditions voulues, ainsi que le fait constamment remarquer M. le Dr Gougueenheim, si bien placé pour observer ces sortes d'affections.

Nous ne saurions suivre l'auteur dans l'étude symptomatologique qu'il fait des lésions avancées : la douleur locale, si vive du début, se calmant ensuite en raison de la destruction de la muqueuse ; la douleur de l'angle de la mâchoire, et surtout l'otalgie intolérable qui ne manque presque jamais ;

La voix qui ne subit que des modifications de résonance buccale, l'organe laryngien étant intact ;

La sialorrhée, si gênante que parfois le malade y porte toute son attention ; l'odynophagie du début.

Nous nous arrêterons davantage sur les signes physiques objectifs que le chirurgien ou le médecin peuvent aisément apprécier. Il n'est certes pas toujours aussi facile qu'on pourrait le supposer *a priori*, d'examiner l'arrière-bouche de ces malades, l'écartement des mâchoires étant souvent fort pénible, impossible même. Quoi qu'il en soit, l'augmentation de volume d'une amygdale chez un sujet déjà âgé devra mettre en garde l'observateur. Bientôt l'ulcération fissuraire, quelquefois cupuliforme, s'étend, atteint surtout le pilier antérieur

et, dès lors, voici l'aspect général : tumeur à bords sanieux, peu bourgeonnants, plats; recouverte d'un enduit jaunâtre, souvent excavée à son centre plus rose et présentant de petits bourgeons durs et rougeâtres, quelquefois saignants.

Le toucher est là, comme ailleurs, un élément essentiel de diagnostic; il décèle maintes fois une anesthésie réflexe totale.

C'est ici surtout qu'il s'agit de prendre un parti rapide. La syphilis est l'écueil là, comme à la langue; mais, pour l'arrière-bouche, le plus embarrassant sera certes l'accident primitif, contrairement en ce qu'il en est pour la seconde, où l'accident tertiaire est le plus facile à confondre avec un néoplasme malin; on se fondera sur l'âge du sujet, le sexe, l'époque du début, s'il a présenté de l'adénopathie, les commémoratifs, car l'aspect est souvent identique. Pour les gommès, au contraire, on aura le fond grisâtre, l'indolence, l'absence d'adénopathie, etc.

La tuberculose a des ulcères plus indolents, à marche plus lente, des bourgeons charnus plus abondants et une odynophagie constante et bien plus prononcée; mais ici les caractères sont à reléguer au second rang, et l'examen de la poitrine avec la recherche des bacilles sont le seul critérium fondé.

M. Castex insiste longuement sur le traitement chirurgical dont il formule avec précision les indications: néoplasme circonscrit, sans adénopathie, ou bien présentant une légère infection ganglionnaire, mais alors avec mobilité complète dans tous les sens.

Hors cela, que peut faire le chirurgien? Une opération palliative, pour des douleurs intolérables, amenant parfois des tentatives de suicide; mais tous ces délabrements chirurgicaux sont-ils utiles? C'est ce que nous nous permettrons de demander à M. Castex. Il parle en chirurgien, en homme consciencieux et fort de ses recherches, mais il oublie, ce me semble, un peu trop le côté médical de la question. Oui, l'opération précoce est utile, urgente, nous ne saurions trop le répéter; mais le malade souvent nous vient, quand l'heure de l'intervention active et sage a depuis longtemps sonné, et

s'il s'agit de calmer la douleur, de bercer le malheureux de dernières illusions, le traitement médical le plus simple de déterger la bouche, panser à la cocaïne, ne ramènera-t-il pas plus vite et au prix de moins de souffrances quelques jours de calme avant la terminaison certaine, fatale, qui menace à bref délai.

P. TISSIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES ET PRESSE FRANÇAISE.

Société française d'otologie et de laryngologie.

Session d'avril 1886.

La Société a tenu sa session principale annuelle du 27 au 30 avril, sous la présidence de M. le Dr Gellé, élu pour toute la durée de la session. La première séance a eu lieu à la mairie du 1^{er} arrondissement, et les suivantes chez le président, M. Gellé. Trois séances ont été consacrées à l'audition des mémoires et à leur discussion, deux ont été remplies par la discussion de modifications réglementaires, proposées par le comité. La publication des bulletins se trouve assurée, dans un délai maximum de trois mois, par les décisions prises dans cette session. Cette publication ne devant pas être onéreuse pour la Société, permettra, avec l'excédent de recettes, de proposer l'étude de questions importantes avec attribution de prix. Nous espérons que la lecture des mémoires et des débats qui en ont été la suite déterminera ceux de nos confrères parisiens qui n'ont pas répondu à l'appel du comité à se joindre à nous dans les sessions ultérieures. Ils ne feront du reste en cela que suivre l'exemple des otologistes et laryngologistes étrangers qui ont fondé des sociétés analogues sous l'impulsion des spécialistes les plus anciens et les plus éminents, et ces sociétés sont alimentées par des travaux scientifiques importants. Sous ce rapport, la session d'otologie et de laryngologie de 1886 aura été très féconde et pleine d'intérêt.

La session s'ouvre par une lecture de M. Miot sur la *suppuration de la caisse*, où il présente l'état actuel de la science sur

cette question. Cette lecture, qui du reste n'est pas suivie de discussion, est le prélude d'un travail personnel du même auteur sur la question, lu à la séance du 28 avril.

M. Mior préconise dans son mémoire l'emploi du pansement, *qu'il appelle par occlusion*, et qu'il pratique avec l'acide borique, l'iodoforme et le sucre en poudre.

L'acide borique est le médicament qu'il emploie de préférence, l'iodoforme est utile dans les otites scrofuleuses des enfants, mais il a quelques inconvénients au point de vue des fonctions gastriques ; il préfère le sucre en poudre dans les cas bénins, sans gonflement, et quand on se trouve devant des granulations fines. Ces médicaments sont laissés en place pendant un temps variable.

Comme moyens accessoires, M. Miot emploie des émissions sanguines locales très modérées, des topiques tièdes et émollients et des révulsifs cutanés (vésicatoires coup sur coup) derrière l'oreille.

Quant l'état est très aigu, il recommande d'agrandir la perforation du tympan, les contre-ouvertures, la scarification des granulations, l'instillation de nitrate d'argent dans la caisse, enfin les lavages astringents et boriqués.

M. SCHIFFERS insiste surtout sur la nécessité des contre-ouvertures, des lavages et des instillations dans la caisse. Il préfère aux applications chaudes l'emploi du froid soit par la glace, soit par les tubes de Leiter.

M. Mior préfère les injections tièdes, émollientes, antiseptiques et continues, il a vu souvent échouer les applications froides.

M. NOQUET. Dans certains cas, tous les pansements échouent, la trépanation seule a pu amener la disparition des accidents aigus.

M. GELLÉ. Il y a des malades qui guérissent facilement, d'autres difficilement, et quelques-uns point du tout, quels que soient les moyens. Il recommande de ne pas oublier de pratiquer l'exploration de l'antre mastoïdien par la sonde d'Hartmann ; à l'autopsie d'un malade que rien n'avait pu guérir, on trouva dans cet endroit des fongosités fétides.

Les écoulements ne se font pas toujours au dehors, il y en a qui se font sur le pharynx, et la perforation du tympan peut seule réussir dans ces cas.

Enfin M. Gellé recommande dans des cas très rebelles l'application du vésicatoire permanent au bras, vieux moyen qui est quelquefois très efficace.

M. Mior a observé aussi quelquefois d'heureux résultats de l'application du vésicatoire au bras.

M. MOURE est partisan des interventions chirurgicales précoces, sous peine de complications graves extra- et intra-cérébrales.

M. NOQUET s'est très bien trouvé dans les cas très aigus de l'emploi de la décoction concentrée de pavots.

M. Mior ajoute l'acide borique à la décoction de têtes de pavot et proteste contre l'abus de la cocaïne.

M. NOQUET, à propos du pansement par les poudres, émet la crainte que dans la pratique des dispensaires ce traitement ne provoque des accidents graves, de la méningite par exemple, en raison du temps qui s'écoule entre deux examens.

M. Mior croit que le diagnostic de ces cas était incomplet; il devait y avoir quelque carie.

M. BRÉMON recommande l'emploi des lavages, après l'application des poudres médicamenteuses.

M. DELIE emploie l'alcool dans les cas d'otite suppurée, l'alcool doit être chauffé et le conduit auditif rempli à moitié; l'alcool salicylé est encore meilleur; avant d'instiller l'alcool il faut avoir soin d'enduire le conduit de vaseline.

M. Mior dit que l'alcool est loin de réussir, surtout quand il existe quelque polype.

M. NOQUET fait la même observation, mais il n'a jamais observé d'inconvénient de l'emploi de l'alcool, même chez les enfants.

M. SCHIFFERS recommande l'emploi de l'alcool tenant en dissolution du sublimé, le pansement avec les poudres lui paraît très dangereux.

M. NOQUET. Le sublimé a quelquefois des inconvénients, il peut provoquer l'apparition de dépôts noirâtres très durs, il faut donc surveiller les malades.

M. MÉNIÈRE préconise l'acide phénique dans le traitement de la suppuration de la caisse. Il l'emploie à la dose de 1/10 à 1/1. Il l'a employé dans 1,700 cas et il n'a jamais observé d'inconvénients. A l'appui de sa manière de voir, il présente un malade chez lequel on voit des granulations greffées sur des exostoses, la caisse et le tympan étaient remplis de fongosités. La glycérine phéniquée au 1/8 est le seul traitement qui ait donné de bons résultats. Le malade est un scrofuleux, qui a eu des hémoptisies.

M. Mior demande si l'examen du pus a été fait, il croit qu'il doit y avoir de la carie sous les végétations.

Cette idée de l'existence d'une carie est admise par les otologistes de la Société.

M. Moura présente au nom de M. le Dr DE BERTOLD un mémoire sur le traitement de la suppuration de la caisse contenant surtout un côté intéressant : *la guérison de la perforation de la caisse par la myringoplastie*, en 1878.

Ce mémoire a déjà paru dans un numéro du *Zeitschrift f. Ohren?*

La première séance se termine par la lecture d'un mémoire très important de M. le Dr HERING, de Varsovie, sur la *curabilité des ulcérations tuberculeuses du larynx, et en particulier sur le traitement de ces ulcérations par l'acide lactique*. Cette étude du Dr Hering est divisée en trois parties. Dans la première, dont l'auteur donne lecture dans cette séance, il est surtout question de la guérison des ulcérations tuberculeuses par divers topiques et le traitement général.

Le Dr GAREL a observé plusieurs fois la guérison spontanée de ces ulcérations, l'observation d'un de ces cas lui est commune avec le Dr Gouguenheim.

Le Dr MOURE a cité dans sa thèse inaugurale un fait de guérison d'un cas de phthisie laryngée remarquable par des lésions très étendues.

Le Dr GUGUENHEIM fait observer que les faits cités par le Dr Hering présentent un intérêt exceptionnel, en raison de la démonstration histologique d'un certain nombre de ces cas. On sait que cette guérison a été très contestée et qu'il y a de grandes difficultés de reconnaître la phthisie laryngée de la laryngite syphilitique tertiaire, qui guérit fort bien, personne ne l'ignore.

M. FERRAS fait à ce propos des observations dans le même sens.

2^e séance.

M. le Dr GAREL, de Lyon, présente un mémoire très important sur le *centre cortical du larynx et les lésions cérébrales en rapport avec les paralysies du larynx*. Les lésions existaient près du sillon et sur le sillon qui sépare la troisième frontale de la frontale ascendante, elles n'intéressaient que la substance corticale. (Ce mémoire sera publié *in extenso*.)

M. MOURE. Quels sont les muscles qui sont les premiers pris ? Y a-t-il paralysie ou contracture ?

M. GAREL. La paralysie est complète, il y a même de l'atrophie

de la corde à l'autopsie. L'aspect est bien celui de la paralysie et non celui de la contracture.

M. MOURA a eu l'occasion d'observer les cordes vocales chez des paralytiques, les dilatateurs étaient paralysés.

Le Dr GOUGUENHEIM. Le mémoire du Dr Garel présente un intérêt exceptionnel; non seulement il a étudié, dans son travail, le rapport existant entre les paralysies vocales et les lésions cérébrales chez des athéromateux, mais il a pu observer, dans un de ces cas, une véritable monoplégie laryngienne, qui semblerait être quelquefois le début des accidents cérébraux chez les athéromateux. Le signe de paralysie vocale pourrait donc avoir un grand intérêt séméiotique. Le Dr Gouguenheim a plusieurs fois cherché les paralysies vocales chez les hémiplegiques; il n'a jamais constaté l'existence d'une paralysie vocale complète, mais les parésies laryngiennes ne sont pas rares dans ces cas.

Le Dr GAREL fait observer que le Dr Gouguenheim a surtout en vue dans ses observations de vieux hémiplegiques, chez lesquels il n'aurait pas observé non plus les paralysies vocales complètes. Delavan et Seguin ont eu tort, dit-il, de localiser les paralysies vocales d'origine cérébrale à droite, car il y a des cas doubles.

Le Dr MOURA donne communication du mémoire du Dr MASSÉ, de Naples, sur la *classification des formes de la tuberculose ulcéreuse laryngienne et de leur traitement*. L'auteur préconise l'emploi des médicaments sous la forme de pulvérisations qu'il préfère aux attouchements. Il préfère l'iodoforme à la cocaïne en raison de son action sur les sécrétions; il a employé l'acide lactique et le sublimé à la dose de 1/1000. Il n'approuve pas l'emploi des cautérisations, qui lui ont donné des déceptions dans la plupart des cas.

Le Dr MOURA fait observer que la tuberculose laryngienne se présente sous plusieurs formes qui entraînent des indications opératoires variables; ces formes, au nombre de quatre, sont la forme épithéliale, l'ulcéreuse superficielle, la perforante sous-muqueuse et la forme perforante de tous les tissus de l'organe.

Au premier degré, le nitrate d'argent au 1/20 et le chloral au 1/15 donnaient de bons résultats; au deuxième degré, l'iode et le sel de Boutigny associés à la glycérine; au troisième degré, même médicament; au quatrième degré, il faut employer les calmants.

M. le Dr MOURA donne lecture d'un mémoire de statistique très minutieuse et très difficile à analyser. Ce mémoire a pour base

les pièces anatomiques de tuberculose laryngienne, d'après le musée d'anatomie pathologique des affections laryngées à l'Hôtel-Dieu de Paris.

M. le Dr HERING, de Varsovie, donne lecture d'un mémoire, d'une importance exceptionnelle, sur le *traitement des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'acide lactique*. 30 cas ont servi à l'élaboration de ce mémoire, dans 20 cas l'examen histologique a été pratiqué après extraction de morceaux de la muqueuse au moyen d'une curette. La guérison a été complète dans 4 cas. Le traitement de ces ulcères a été pratiqué après la cocaïnisation. L'auteur présente le porte-caustique qui lui a servi à faire ces pansements.

Enfin il présente les préparations histologiques, démontrant la présence des bacilles dans les tissus enlevés. Les coupes ont été examinées ultérieurement, le 3 mai, dans le laboratoire de MM. Ranvier et Malassez, au Collège de France.

La lecture de ce mémoire excite une vive attention, ainsi que l'examen des pièces histologiques et des appareils à pansement. En raison de son importance, nous le publierons dans un prochain numéro.

M. le Dr ROUGIER, de Lyon, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Lypémanie consécutive aux affections de la bouche et du pharynx*, basé sur deux observations. Les accidents vésaniques disparurent après la guérison de l'affection.

M. le Dr GELLÉ a observé le délire des persécutions à l'occasion d'une maladie des oreilles.

M. le Dr SCHIFFERS, de Liège, donne lecture d'un travail sur *l'hémiatrophie de la langue*, d'après un cas de cette maladie, survenu à la suite d'un traumatisme assez grave, coup de feu dans le cou. Schiffers fait l'historique de la question et rappelle les opinions de Charcot, de Cuffer et de Ballet. Ces divers auteurs attribuent une origine tabétique à cette affection. Dans le cas présent, il est difficile de reconnaître une semblable origine. Le malade avait en même temps des troubles vocaux, et c'est pour cette raison que le Dr Schiffers avait été consulté.

Il se demande si une lésion bulbaire n'avait pas causé les deux affections simultanées du larynx et de la langue, et s'il ne faudrait pas rapporter cette lésion au traumatisme qui semble avoir été l'origine de ces divers accidents.

M. le Dr NOUET, de Lille, donne lecture d'un mémoire sur *les crises épileptiques produites par une otite moyenne*. Tout le monde sait, dit-il, combien dans ces cas le vertige est fréquent

et peut disparaître sous l'influence du cathétérisme de la trompe; mais on a peu cité les crises épileptiformes dans ces circonstances. Boucheron les aurait décrites, l'auteur ne les a observées qu'une seule fois; *suit le cas* qui fait l'objet de son travail. Le malade était épileptique depuis quelque temps et il avait des attaques caractéristiques qui l'avaient fait renvoyer de sa place. Noquet constata l'existence de troubles auditifs à droite, il pratiqua le cathétérisme de la trompe et injecta de l'air et des vapeurs. Les attaques cessèrent complètement, il y eut trois semaines après une rechute qui guérit de la même façon. L'auteur conclut de là que les épileptiques doivent toujours être soumis à l'examen de l'oreille.

M. MIOT. Le malade était-il arthritique?

M. NOQUET. Non, on ne constata chez lui aucune cause diathésique.

M. MIOT a vu quelques cas analogues, mais peu prononcés, chez les arthritiques, ce sont des poussées congestives de la trompe, avec sensation de plénitude et d'étourdissement; aussi croit-il plutôt dans ces cas à des actions réflexes qu'à une obstruction mécanique.

M. MOURE. Y avait-il de l'aura?

M. NOQUET. Non, mais des sifflements assez intenses précédaient l'attaque.

M. GELLÉ. Dans le vertige de Ménière, il n'y a pas de perte de connaissance, mais ce caractère toutefois n'est pas absolu.

M. MOURE croit que, dans le cas de M. Noquet, l'occlusion de la trompe devait être bien peu considérable, puisque les troubles auditifs étaient peu prononcés; il admettrait plutôt de la congestion.

M. NOQUET croit que l'otite moyenne jouait là un rôle plus grand que la trompe.

M. GELLÉ. La déglutition suffit quelquefois pour causer des vertiges, même sans obstruction de la trompe. Il a fait des autopsies de vertige de Ménière, il a constaté la soudure de l'étrier, l'oblitération de la fenêtre ronde; donc, chez un individu malade, il faut bien peu de chose pour provoquer une attaque. Les parties nerveuses n'étaient pas lésées, c'est donc dans la caisse seule qu'il faut chercher la cause des attaques. Jamais M. Gellé n'a vu d'atrophie nerveuse dans les autopsies; Boucheron l'a dit, mais il ne l'a pas vu.

M. NOQUET. Dans mon cas, l'étrier était immobilisé.

M. MOURE donne lecture d'un cas de *fibro-sarcome des fosses*

nasales. Ces faits, dit-il, sont très rares, l'âge des malades est indifférent. Le développement de ces tumeurs est très rapide, les épistaxis très abondantes, il n'y a pas ou fort peu d'adéno-pathie. Dans le cas actuel, il y eut deux phases opératoires, la première tentative eut lieu à l'intérieur du nez, au moyen du galvano-cautère; elle ne réussit pas. La deuxième fut précédée de l'ouverture des fosses nasales à la partie extérieure, on procéda par arrachement de la tumeur. C'est ce mode d'opération que M. Moure recommande comme le meilleur en pareil cas.

M. HÉRING. La cautérisation galvanique est mauvaise dans ces cas, même quand elle est très légère. Le serre-nœud est préférable, suivant lui, à la pince.

M. MOURE. Il y avait impossibilité absolue de passer un serre-nœud dans mon cas. Morell-Mackenzie préfère aussi la pince dans ces cas.

M. HÉRING. Quand il est possible de passer le serre-nœud, ce moyen est préférable.

M. le D^r MÉNIÈRE donne lecture d'un mémoire sur les *bourdonnements d'oreille dans les affections de l'estomac*.

Les malades ont été vus avec le D^r Leven. Ce sujet a été déjà traité par Woakes, en 1875, qui expliquait l'action réflexe par l'anastomose entre le nerf vague et le ganglion cervical inférieur, et l'influence consécutive sur l'artère vertébrale. Ménière cite à l'appui de son travail son observation personnelle, plus quelques autres. Il constata toujours l'intégrité de la caisse et de l'ouïe. Leven dit que ces faits sont très communs, Bouchard les a aussi notés; ces bourdonnements, dit Ménière, ne sont pas toujours l'avant-coureur de la surdité.

M. NOQUET a observé des cas d'otite scléromateuse avec dyspepsie et production de bourdonnements.

M. GELLÉ. Cette question d'étiologie varie suivant le médecin consulté, il croit que les bourdonnements et les troubles gastriques sont des affections coexistantes et sans lien, la surdité dans ces cas vient toujours tardivement; il y a grande difficulté à reconnaître au début la partie de l'oreille qui est intéressée, la caisse ou l'oreille interne.

M. MÉNIÈRE. Ces cas guérissent sans qu'on ait jamais eu à se préoccuper de l'oreille, et plaident par conséquent contre la manière de voir de Gellé.

L'opinion de Gellé est combattue par d'autres membres de la Société.

M. le Dr MOURE donne lecture, au nom du Dr CHARAZAC, de Toulouse, du mémoire suivant : *Les fibres abductrices des récurrents sont-elles toujours affectées les premières?* Ce mémoire est précédé d'une observation qui semblerait contredire l'opinion de Semon sur ce point.

M. GOUGUENHEIM. En l'absence du présentateur et en raison de l'importance extrême de la question, je demande de la réserver à une session ultérieure.

M. le Dr GUYE, d'Amsterdam, fait présenter à la Société quelques instruments destinés à la pratique de l'otologie.

M. le Dr GELLÉ présente son acoumètre, dont la description a figuré dans le n° 3 des *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*.

Sont nommés membres de la Société française de laryngologie et d'otologie, MM. les Drs Chatellier, de Paris; Dugardin, du Havre; Ouspenski, de Moscou; Charazac, de Toulouse.

Sont nommés membres du comité de la Société pour 1886 à 1887, MM. Moura, Gellé, Miot et Baratoux, avec 2 membres pour la province, 2 membres pour l'étranger.

M. Ménière est acclamé trésorier.

Le scrutin pour la présidence de la Société se termine par la nomination de M. le Dr Ménière. La dernière séance a lieu le 30. La session a duré 4 jours du 27 au 30 avril. Un banquet réunit les membres de la Société le 30, après la clôture des travaux.

A. GOUGUENHEIM.

PRESSE ÉTRANGÈRE. — SOCIÉTÉS SAVANTES ÉTRANGÈRES.

Extraction d'une tête d'épingle de l'intérieur de la caisse du tympan, par F. SANCHO (*Anales de otol. y laryngol.*; in *Revue bibliographique des sciences médicales*, n° 19, p. 285, 1885).

Cette épingle, à tête de verre, que le malade introduisit dans l'oreille pour la nettoyer, s'y cassa en trois morceaux; les tentatives pour extraire la tête ne réussirent qu'à l'enfoncer davantage et à développer une otite violente. Sancho,

pour l'extraire, fut obligé d'inciser la membrane et put de la sorte la retirer à l'aide d'une injection. La cicatrisation de la membrane se fit assez aisément, l'otorrhée disparut, et il ne subsista qu'un peu de sifflement dans l'oreille et une légère altération de l'audition; le diapason était entendu à 42 centimètres. L'extraction eut lieu 7 semaines après l'accident.

A. G.

Névralgie réflexe par corps étranger de l'oreille, par ROBERT (*Revista de med. y cirugía pract.*; in *Revue bibliographique des sciences médicales*, n° 49, p. 289, 1885).

Des bouchons de cérumen avaient développé une névralgie faciale très rebelle; en l'absence de troubles auditifs, la découverte de cette cause de névralgie fut assez difficile, et l'auteur profite de ce cas pour recommander toujours l'examen de l'oreille dans les cas de névralgie de la 5^e paire.

A. G.

Résultats fournis par la trachéotomie, chez les malades atteints de diphthérie et traités dans des salles sou-mises à une ventilation méthodique, par RANKE, de Munich (58^e réunion des médecins et naturalistes allemands, à Strasbourg, septembre 1885).

L'auteur a eu 60 cas de guérison pour 100 à l'hôpital: il opère de très bonne heure, quand apparaissent les premiers accès et qu'il s'établit un peu d'aphonie. L'opération est faite très lentement, et, sauf quand l'asphyxie est imminente, tous les malades ont été chloroformés.

A. G.

Fractures du larynx et de l'os hyoïde, par ALBERTNOT LANE (*Lancet*, 7 mai 1885).

Le Dr A. Lane a présenté à ce sujet un travail important à la Société pathologique de Londres, à la séance du 3 mars 1885, travail reposant sur la description d'un certain nombre de cas. Voici ces cas: 1^e fracture non réunie de la grande corne droite et de l'os hyoïde; 2^e fracture de la grande corne droite avec une fracture non réunie des deux cornes supérieures du cartilage thyroïde et l'écartement

considérable des fragments, la corne inférieure était luxée et le cartilage cricoïde déformé par une fracture incomplète; 3° une fracture de la corne supérieure droite du thyroïde avec cal osseux, et une fracture non réunie de la corne supérieure gauche avec écartement des fragments; 4° une fracture de la corne supérieure droite du cartilage thyroïde sans écartement des fragments, et une de la corne supérieure gauche avec réunion osseuse; 5° une fracture de la corne supérieure droite et supérieure du cartilage thyroïde avec réunion osseuse; 6° une fracture de la corne droite de l'os hyoïde et la chondrite du cartilage thyroïde; 7° une fracture de la corne supérieure droite du cartilage thyroïde avec écartement des fragments, fracture du cartilage cricoïde avec déplacement considérable des fragments, réunion osseuse et fissure dans un autre endroit; 8° une fracture de la corne supérieure gauche du cartilage thyroïde avec réunion fibreuse; 9° une fracture de la corne supérieure gauche du cartilage thyroïde avec réunion fibreuse, sans écartement des fragments, et probablement fracture de la grande corne gauche de l'os hyoïde.

L'auteur dit que Durham avait recueilli 75 cas de fractures du larynx et de l'os hyoïde, 59 furent mortels; Fischer a observé 12 cas de mort sur 28 cas de fractures de l'os hyoïde, et sur 82 cas de fractures du larynx, 28 seulement guérèrent.

A. Lane dit que les fractures du cricoïde sont presque toujours mortelles, il ajoute que rien n'est plus aisé que de fracturer le corps thyroïde chez des sujets âgés, par une pression dirigée par les deux pouces d'avant en arrière, opinion qui lui est commune avec Hiller, Helwig et Cabane. Lane a remarqué que la fracture de la grande corne du cartilage thyroïde peut être produite aisément par la compression du larynx avec la main. Si le périchondre est déchiré, il se produit un notable écartement des fragments; l'auteur a observé aussi que les cartilages cèdent moins facilement lorsque l'ossification se produit.

A. G.

Laryngite syphilitique œdémateuse, mort par suite de l'abstention chirurgicale, par FRANCISCO ROYERO (Cro-

nica medicoquirurgica de la Habana, d'après la *Revue bibliographique des sciences médicales*, n° 22, 31 octobre 1885, p. 397).

Le malade, en proie à des accès de suffocation, ne fut pas opéré, en raison de la croyance que des médecins consultants, appelés par Royero, eurent dans l'existence de phthisie pulmonaire que l'autopsie démontra ne pas exister. Voici quel était le résultat de l'examen laryngoscopique : corde vocale supérieure gauche ulcérée et modérément tuméfiée, de même que la muqueuse ventriculaire ; cordes vocales inférieures tuméfiées, l'une d'elles est le siège d'une ulcération profonde taillée à pic ; comme le larynx n'était pas obstrué par ces gonflements, les observateurs crurent que la dyspnée était surtout de cause trachéale et intra-pulmonaire.

Pas de douleurs auriculaires.

A l'autopsie, on trouva une carie du cricoïde et des ulcérations à la face interne du cartilage, le reste de la trachée et les poumons étaient indemnes de toutes lésions autres que celles résultant de l'asphyxie. *Ce fait prouve, ce qui du reste n'est pas douteux et a été démontré par l'auteur de cette analyse, que la trachéotomie s'impose chaque fois que l'asphyxie reconnaît une cause laryngienne, même quand le parenchyme pulmonaire est intéressé.*

A. G.

Traitement du croup par le calomel à hautes doses, par le Dr RODON FIGUERAS (*Gaceta med. catalana*, d'après la *Revue bibliographique des sciences médicales*, n° 22, 31 octobre 1885, p. 39).

Ce traitement, très encourageant dans les quelques cas graves relatés par l'auteur, s'administre de la façon suivante : 50 centigrammes de calomel toutes les heures pendant 2 à 3 jours. Pour éviter les accusations d'erreur du diagnostic, Figueras n'agit que lorsque la fièvre est continue, la toux est croupale, la voix est rauque et devient peu à peu aphone, quand la respiration est bruyante et que les accès de suffocation se manifestent. Lorsque tous ces signes existent, l'auteur ne veut même pas attendre l'apparition de

la fausse membrane, qui peut quelquefois, en raison de sa longueur et de sa ténacité, n'être expulsée que tardivement. Enfin il ne faut pas trop différer.

A. G.

Des rétrécissements de la trachée, causés par les goitres, par le D^r MULLER (*Clinique chirurgicale de Tubingue*, de P. Bruns, 3^e fascicule, Laupp à Tubingue; d'après la *Revue de chirurgie*, 5^e année, n^o 11, 10 novembre 1883).

Muller a examiné 21 pièces de rétrécissement de la trachée de calibre très variable. La forme la plus fréquente que prend la trachée est celle d'un *fourreau de sabre* plus ou moins régulier. La dilatation en ampoule au-dessous du rétrécissement, figurée par Demme, ne se montrait sur aucune des pièces, pas plus que le ramollissement des anneaux cartilagineux, admis par Rose, qui croyait que la mort subite était causée par cette disposition. L'examen microscopique démontra qu'en aucun point la substance cartilagineuse n'était diminuée, et que partout la structure était celle du cartilage normal; d'où cette conséquence que dans la thyroïdectomie il faut éviter autant que possible la trachéotomie, qui enlève à la trachée le peu de résistance qui lui reste, quand elle a pris la forme en *fourreau de sabre*, cette opération rendant impossible l'application d'un pansement antiseptique par occlusion et par suite la guérison par première intention.

A. G.

Bacille du rhinosclérome, par PAYNE (*Société pathologique de Londres*, 20 octobre 1885).

A propos d'une pièce de rhinosclérome présentée dans la dernière séance, l'auteur dit avoir réussi à trouver un micro-organisme; c'est un petit bacille qui doit être plongé pendant 24 heures dans le violet de méthyle pour être teint. A.G.

Toux nocturne chez les enfants, par GONZALES ALVAREZ (*Archivos de med. y cirugía de los Niños*, d'après la *Revue bibliogr. des sciences médicales de Martel*, n^o 22, 31 octobre 1885).

A.-W. Mac Coy attribue ces quintes à l'existence d'un

catarrhe nasal et à leur action sur certaines zones des fosses nasales (Hack et Mackenzie); dans la station verticale, ces mucosités sortent aisément des fosses nasales, tandis que dans le décubitus de la nuit elles séjournent sur ces parties excitables. Pour Alvarez, ces quintes de toux sont causées par la chute de la salive, au moment de la stomatite dentaire, dans l'arrière-gorge et le larynx, et aussi par l'arrivée du mucus nasal, au moment d'un coryza, dans les mêmes parties du gosier. Le chlorate de potasse administré *intus et extra* a suffi à amender ces accidents.

A. G.

Lithiase nasale, par CHIARI (*Société des médecins de Vienne*, séance du 16 oct. 1885).

Le calcul présenté avait été extrait de la narine droite d'une jeune femme; cette narine, d'où s'écoulait du pus, était obstruée depuis dix ans environ. L'extraction fut facilement faite à l'aide d'une pince à polypes. Le calcul était dur, de forme rhomboïdale, le noyau était constitué par un bouton plat. Le professeur Mauthner, qui en fit l'analyse chimique, constata qu'il était composé de carbonate et de phosphate de chaux. L'écoulement purulent cessa rapidement et la narine redevint perméable. Chiari a relevé 40 cas de calculs des fosses nasales; dans plus de la moitié des cas, le noyau du calcul était formé par un corps étranger.

A. G.

Ostéomes morts des fosses nasales et des sinus frontaux, par TILLEMANS (*14^e congrès allemand de chirurgie*, d'après la *Revue de chirurgie*, n° 12, 1885, p. 1003).

Tillemans combat l'opinion de Dolbeau sur la pathogénie des ostéomes des cavités osseuses de la face. D'après lui, ce sont des tumeurs nées des os de la face et de l'ethmoïde, et non des productions périostales munies primitivement d'un pédicule mou. Ce pédicule serait, au contraire, toujours osseux et se romprait à un moment donné: c'est alors qu'interviendrait la nécrose de ces tumeurs osseuses.

A. G.

De la signification morphologique des diverticules du pharynx, par ALBRECHT, de Bruxelles (*41^e congrès allemand*

de chirurgie, d'après la *Revue de chirurgie*, n° 12, 1885, p. 1005).

Point d'embryologie très intéressant en ce qu'il donne la clef de certaines difformités et productions pathologiques.

Les diverticules postérieurs décrits par Zenker et V. Ziemssen ont leur orifice au même niveau que le larynx et l'œsophage; chez quelques animaux, le diverticule est constant et normal (porc, chameau et éléphant).

Tous ces diverticules résulteraient de la non-oblitération de la fente située entre le 2° et le 3° arc bronchial, d'où les différents états pathologiques suivants, déjà décrits par Cusset en 1877 :

1° Oblitération nulle : fistule complète du cou ;

2° Oblitération du côté de la peau : *a*, aucune dilatation sacciforme, fistule borgne interne ; *b*, dilatation de la partie interne, diverticule latéral du pharynx ;

3° Oblitération du côté du pharynx : fistule borgne externe ;

4° Oblitération des deux côtés avec persistance du trajet intermédiaire : *a*, contenu séreux (hydrocèle congénitale du cou) ; *b*, contenu caséeux (athérome du cou) ; *c*, contenu dermoïde (kyste dermoïde).

A. G.

Corps étrangers de l'œsophage, par A. F. GONZALEZ (*La Voz de Hippocrate*, in *Revue bibliographique des sciences médicales*, 31 juillet 1885, p. 285).

Voici les conclusions qui accompagnent l'observation citée par l'auteur : 1° Les corps étrangers de l'œsophage se diagnostiquent facilement ;

2° Ils s'arrêtent dans trois portions : à l'union du pharynx avec l'œsophage, à la portion cervicale et au niveau de la 3° vertèbre dorsale, dans de très rares circonstances près du cardia ;

3° Les premiers sortent par la méthode de l'extraction, les deuxièmes et surtout les troisièmes cheminent vers l'estomac par la méthode de propulsion ;

4° L'œsophagotomie externe se pratique seulement comme dernière ressource ;

- 5° Ce n'est pas là un cas grave;
- 6° Il faut distinguer, pour choisir la méthode de traitement, entre un état général et une affection purement locale;
- 7° Les émétiques doivent s'employer avec sobriété;
- 8° On doit intervenir le plus promptement possible. A. G.

Del'angine sous-maxillaire ou angine de Ludwig observée chez de tout jeunes sujets, par E. TORDEUS, de Bruxelles (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, décembre 1885, p. 579).

Mémoire d'après deux observations : le siège de cette angine est encore très controversé, tandis que Strumpell croit que son point de départ est la glande sous-maxillaire et Staden, les ganglions lymphatiques de la région sous-maxillaire ; Hénocque (de Paris) pense que cette maladie n'est autre chose qu'un phlegmon diffus de la région sous-maxillaire; mais Tillaux et Gillette croient que c'est un adéno-phlegmon sous-maxillaire, toutefois ce dernier accepte qu'un corps étranger ou la glande sous-maxillaire peut être le point d'origine. Les autopsies ont démontré que ces diverses opinions étaient fondées, et que la cause de l'angine Ludwig était assez variable.

A. G.

Sur la cachexie strumipriva, par R. GRUNDLE (*Clinique chir. de Tubingue*, du professeur Bruns, 3^e fasc., Laupp, à Tubingue; d'après la *Revue de chirurgie*, 5^e année, 11^e fasc., 1885).

Sous ce nom, dû à Kocher, on désigne des troubles généraux graves, décrits aussi par Reverdin et Julliard, et caractérisés par une diminution des forces physiques et intellectuelles, ces dernières pouvant aller jusqu'au crétinisme. Bruns a fait des recherches pour vérifier les faits, il a rassemblé 23 cas, dont 3 personnels, et l'observation de ces faits les montre diminuant avec les progrès de l'âge; dans les cas nets, la cachexie strumipriva offre l'image et les caractères du crétinisme. L'explication de ces faits était très variable, Kocher les attribue à une anémie par insuffisance respiratoire; Reverdin à la destruction d'un centre nerveux

vaso-moteur dépendant du grand sympathique et siégeant dans le corps thyroïde; Grundle croit qu'il s'agit d'un trouble nerveux central causé par la cessation des fonctions présumées du corps thyroïde, en fait la seule observation avec autopsie, montre une lésion très marquée de l'encéphale.

D'où la conclusion suivante qu'il ne faut jamais extirper la totalité du corps thyroïde.

A. G.

Lymphadénome de l'amygdale, par A.-E. BARKER (*Société pathol. de Londres*, 20 octobre 1885).

Cette tumeur s'était développée très vite chez une femme de 74 ans. Elle put être extraite avec assez de facilité, cette extirpation avait été précédée quelque temps auparavant de celle d'une grosse masse ganglionnaire du cou. Sur le côté opposé de la base de la langue, on remarquait une petite tumeur qu'on enleva de même. Six semaines plus tard, le néoplasme apparaissait de l'autre côté du pharynx, envahissait l'amygdale et produisait une adénopathie notable. On dut pratiquer une opération palliative en raison des troubles fonctionnels d'obstruction pharyngienne, le malade succomba deux mois après.

L'auteur cite à ce propos un cas de ce genre développé chez un vieillard de 70 ans, la récurrence n'eut pas lieu après l'opération.

A. G.

Du traitement du goitre cystique par la ponction et l'injection iodée et sur ses résultats, par le Dr WERNER (*Clinique chir. de Bruns*, à Tubingue, 3^e fasc., Laupp, Tubingen; d'après la *Revue de chirurgie*, 5^e année, 14^e fasc., 1885).

Voici les conclusions de l'auteur : l'injection iodée est indiquée dans les cas de kyste simple, uniloculaire, dont la paroi n'est ni trop épaisse, ni incrustée de sels calcaires, quand même le kyste est volumineux. On peut recommencer ces injections impunément.

Il faut au contraire s'abstenir dans les cas où il existe des troubles de l'innervation du larynx, parce qu'ils semblent favoriser les accidents et la mort par asphyxie.

L'auteur cite un cas d'asphyxie à l'autopsie duquel on trouva le nerf récurrent droit, traversant des ganglions caséux et complètement dégénéré. A. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALLEMAGNE ET AUTRICHE.

Otologie.

- Verrues et papillomes de l'oreille externe, par A. BING (*Wiener med. bl.*, 1^{er} octobre 1885).
- Physiologie des canaux demi-circulaires, par BAGINSKY (*Arch. f. Anat. und Physiol. abtheil.*, 1885, p. 253).
- Tympan artificiel, par BARTH (*Arch. f. Ohren.* Bd XXII, heft 3 et 4, 12 août 1885);
- Rapport sur les cas observés en 1884 à la Polyclinique d'otologie de Göttingen (*Arch. f. Ohren.* Bd XXII, heft 3 et 4, 12 août 1885).
- Gangrène du pavillon de l'oreille, par EITELBERG (*Wiener med. Wochensch.* n° 21, 1885).
- Des polypes du nez, par HOPMANN (*Monatsch. f. Ohren.* juin 1885).
- Rupture des deux tympans et commotion des deux labyrinthes, par KELLER (*Monatsch. f. Ohren.* juin 1885).
- Otorrhée et de son traitement, par KESSEL (*Esterr. Aerztl. Vereinszig*, n° 5, 1885).
- Affaiblissement de l'ouïe et de la vue, congénital, amélioré par le traitement, par KIESSELBACH et WOLFFBERG (*Berl. Klin. Wochensch.* n° 15, 1885).
- Traitement des affections suppurées de l'oreille moyenne, par KRAKAUER (*Deutsch. med. Zeit.* n° 62 et 63, août 1885).
- Extirpation du tympan et des deux plus grands osselets dans la sclérose de la muqueuse de la caisse, par LUCÉ (*Arch. f. Ohren.* Bd. XXII, heft 3 et 4, août 1885).
- Atrésie cicatricielle d'une oreille datant de plusieurs années, otite moyenne suppurée chronique, par MANDELSTAMM (*Monatsch. f. Ohren.* juillet 1885).
- Rapport sur les malades atteints d'affection de l'oreille et traités d'octobre 1862 à décembre 1884, par MARIAN (*Arch. f. Ohren.* Bd XXII, heft 3 et 4, août 1885).
- Périostite de l'apophyse mastoïde et des conduits auditifs

- osseux, par NEUMANN (*Allg. Wiener Med. Zeit.*, n° 35, septembre 1885).
- Du procédé de Rinne, par POLITZER (*Aerzt. intell. Blatt.* n° 23, 1885).
- Compendium de l'otologie, par SARRON (*Abel et Co, Leipzig*, 1885).
- Quelques cas de mycosis d'aspergillus, par SCHUBERT (*Deutsch. Arch. f. Klin. med.* (Bd. XXXVI, p. 162).
- Rapport sur l'année 1884 de la clinique d'otologie de l'université de Halle (*Arch. f. Ohrenh.* Bd XXII, heft. 3 et 4, août 1885).
- Remarques sur le limaçon, sa fonction et celle de l'organe de l'ouïe, par VOLTOLINI (*Virchow's Arch.* Bd 100, heft 1).
- Trompe du tapir et du rhinocéros, avec deux planches, par ZUCKERCKANAL.
- Transmission du son par les os crâniens par BARTSCH (*Monatsschr. f. Ohren*, septembre et octobre 1885).
- Fracture du manche du marteau, causée par un coup sur l'oreille, par EITELBERG (*Wien. med. Presse*, 25 octobre 1885).
- Élimination de la portion osseuse du limaçon nécrosé, guérison et surdité incomplète de l'oreille de ce côté, par GRUBER (*Monatsschr. f. Ohren*, août 1885).
- Maladies de l'oreille et leur traitement, par HARTMANN (chez Fischer, Berlin, 1885).
- Manuel d'otologie pour les praticiens et les étudiants, par W. KIRSCHNER (chez T. WUDEN'S Braunschweig 1885).
- Traitement antiseptique des otorrhées, par KIRCHNER (*Monatsschr. f. Ohren*, août 1885).
- Symptom. des bouchons de cérumen, par WEIL (*Monatsschr. f. Ohren*, octobre 1885).
- De la pression produite dans la caisse par les insufflations de l'air à travers la trompe, par BARTH (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, décembre 1885).
- Diagnostic différentiel de l'affection des appareils transmetteurs et percepteurs des sons, par E. BARTSCH (*Zeitschrift f. Ohren* Bd XV, heft 2 et 3, décembre 1885).
- Des caustiques et de leur emploi dans les maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx, par E. BAUMGARTEN (*Monatsschr. f. Ohren*, novembre 1885).
- Contribution à la notion des ruptures du tympan (*Arch. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 21 décembre 1885).
- Remarque sur la montre comme acoumètre et sur la désignation

- uniforme des examens auditifs, d'après KNAPP (*Zeitsch. f. Ohren*, Bd XV, heft 1, 21 décembre 1885).
- Communications, au sujet du catarrhe de l'oreille moyenne simple et purulent, par BLAU (*Arch. f. Ohren*, Bd. XXIII, heft 1, 21 décembre 1885).
- Du traitement des fistules purulentes dans le voisinage de l'organe de l'ouïe, par J. GRUBER (*Allg. Wien. mediz. Ztg.*, 5 et 12 janvier 1886).
- De la formation de kystes dans le pavillon de l'oreille, par A. HARTMANN (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- De la transmission par les os et par l'air (*Deutsch. med. Ztg.*, n° 98, 7 décembre 1885).
- Des corps étrangers de l'oreille par A. HEDINGER (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Un cas d'ascaride lombricoïde dans l'oreille, par HERZ (Soc. imp. et roy. des méd. de Vienne, *Wien. med. Presse*, n° 48, 29 novembre 1885).
- Le traitement mécanique du tympan et des osselets, par HOMMEL (*Arch. f. Ohren*, Bd XXIII, heft 1, 21 décembre 1885).
- Nouvel appareil téléphonique pour l'examen et le traitement de l'organe de l'ouïe, par JACOBSON (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 53, 31 décembre 1885).
- Résultats de l'examen de six os pétreux chez trois sourds-muets, par S. MOOS et H. STEINBRUGGE (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Observations de tumeurs malignes de l'oreille moyenne, par A.-F. RASMUSSEN et E. SCHMIEGELOW (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Phonophore, par A. ROTTIG (*Monatschr. f. Ohren*, décembre 1885).
- Examen de 73 sourds-muets, en vue des symptômes de l'otopiepsis (*Arch. f. Ohren*, Bd XXIII, heft 1, 21 décembre 1885).
- Diplacousie et perception crânienne, par H. ROTHOLTZ (*Zeitsch. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Occlusion membraneuse du conduit auditif externe, par H. ROTHOLTZ (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Des maladies de l'oreille chez les diabétiques, par SCHWABACH (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 52, décembre 1885).
- De la formation de la cupule, dans le labyrinthe humain, par

- H. STEINBRUGGE (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd XV, heft 2 et 3, 21 décembre 1885).
- Hémorrhagies supplémentaires et surdité passagère, par STEPANOW (*Monatschr. f. Ohren*, novembre 1885).
- Abcès cérébral consécutif à une otorrhée et guéri par l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par C. TRUCKENBROD (*Zeitschr. f. Ohren*, Bd. XV, heft 2 et 3, 23 décembre 1885).
- Cas de blépharospasme consécutif à une injection faite dans l'oreille, par ZIEM (*Deutsch. med. Wochen*, n° 49, décembre 1885).
- Infection syphilitique de la trompe par la sonde, par BUNOW (*Monatschr. f. Ohren*, mai 1885).
- De l'extirpation d'une exostose éburnée remplissant le conduit auditif externe opérée avec succès, par KNAPP (58^e Réunion des nat. et méd. allem. de Strasbourg, septembre 1885).
- Périostite syphilitique de l'apophyse mastoïde accompagnée surtout de symptômes nerveux, par le Dr NEUMANN (*Allg. Wiener med. Ztg*, n° 23, 1885).
- Périostite de l'apophyse mastoïde et du conduit auditif osseux, par NEUMANN (*Allg. Wiener med. Ztg*, n° 35, 1885).
- Sur les anomalies de conformation du pavillon de l'oreille avec démonstrations, par ROHREN, de Zurich (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, du 18 au 23 septembre 1885).
- Cas d'abcès cérébral consécutif à une otorrhée et guéri par l'ouverture de l'apophyse mastoïde, par TRUCKENBROD (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, du 18 au 23 septembre 1885).
- Remarques critiques et observations nouvelles sur l'examen fait avec le diapason, par LUCÆ (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Sur l'utilité qu'il y aurait à adopter une méthode uniforme pour exprimer les résultats de l'examen concernant l'acuité auditive, par KNAPP (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Remarques sur la montre comme acoumètre et sur la désignation uniforme des examens auditifs, d'après KNAPP, par BEZOLD (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Micrococci dans les furoncles du conduit auditif externe, par KUCHNER (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Cas de tuberculose de l'ouïe, par HABERMANN (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Examen fait sur 73 sourds-muets et relatif aux symptômes de l'otopéïsis, par ROLLER (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Névralgies du tympan, par WAGENHAUSER (58^e réunion des naturalistes et médecins de Strasbourg, septembre 1885).

Présentation d'instruments, par HEDINGER, GOTTSTEIN et KIRCHNER, (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Faits histologiques sur les accidents mécaniques dans la myringite purulente et pièces anatomiques de syphilis tertiaire, par Moos (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Laryngologie.

Étude sur l'obliquité du larynx et de la glotte, par SCHECH (*Deutsch. med. Wochenschr.*, 1885, n^o 47).

Infiltration de la glotte, premier signe de la phtisie laryngée, par MOSER (*Mittheil. aus der Klin. zu Wurtzburg*, Ed 1, 1885).

Discours de GERHARDT sur la laryngoscopie et le diagnostic (Soc. de méd. de Berlin, séance du 28 octobre 1885).

Troubles de la voix chantée et du sens musical chez les aphasiques par A. KAST, de Fribourg (*Aerztlich Intell-blatt*, 13 et 20 octobre 1885).

Emploi de l'acide lactique dans les affections du larynx, du pharynx et du nez, par JELINEK (*Centralblatt für therapie*, n^o 12, 1885, p. 429).

Paralysie myopathique double des abducteurs de la glotte, par FISCHER (*Wien. med. Wochenschr.*, n^o 49, 1885).

Spasme de la glotte, névrose réflexe, par HOFMANN (*Monatsch. f. Ohren*, n^o 7, 1885).

Opération des polypes du larynx avec l'éponge, par VOLTOLINI (*Deutsch. med. Zeit.* n^o 70, août 1885).

Quelques cas de tuberculose miliaire du larynx et du pharynx, par RETHI (*Wien. med. Presse*, n^o 37, septembre 1885).

Nouvel instrument pour les opérations du larynx dans les cas où l'épiglotte est penchée en arrière, par VOLTOLINI (*Monatsch. f. ohrenh.*, n^o 7, juillet 1885).

(Edème de la glotte, injections sous-cutanées de pilocarpine,

- guérison, par WOLTERING (*Monatsch. f. ohrenh.* n° 7, juillet 1885).
- Trachéotomie, laryngotomie et extraction du larynx, avec planches (Chez F. Enke, Stuttgart, 1885).
- Des sténoses de la trachée après la trachéotomie faite dans le croup, par W. FLEINER (*Deutsch. med. Wochens.*, octobre et novembre 1885).
- Paralysie des abducteurs et contracture des abducteurs, par GERHARDT (Soc. méd. de Wurtzbourg, 1885, comptes rendus).
- Des extirpations du larynx, par E. HAHN (*Sammlung Klin. Vorträge herausgeg. von R. Volkmann.* n° 260 20 heft der 9^e série).
- Canule trachéale à forme de speculum, par HOFFMANN (*Centr. f. chir. med. orthop. mechanic*, n° 2, 1885).
- Contribution à l'étude du traitement mécanique des sténoses laryngées (*Arch. f. Klin. chir.* Bd XXI, heft 4, 1885).
- Un cas de chorée du larynx et un cas de toux nasale, par KEIMER (*Deutsch. med. Wochens.*, 1^{er} octobre 1885).
- Troubles physiologiques du larynx dans les affections du système nerveux central, par H. KRAUSE (Société de psychiatrie et des maladies nerveuses à Berlin, *Deutsch. med. Ztg.*, 16 novembre 1885).
- De la laryngite sous-glottique aiguë grave, par NATHER (*Arch. f. Klin. med.* Bd XXXVII).
- Résultats de la trachéotomie dans le croup et la diphthérie (38^e réunion des médecins allemands, à Strasbourg, 1885).
- Opérations laryngiennes faites à la clinique de Billroth, de 1870 à 1884, par SALZER (*Arch. f. Klin. chir.* Bd XXXI, p. 848).
- Corps étranger dans une bronche, par SCHRADER (*Deutsch. med. Ztg.*, 8 octobre 1885).
- Quelques remarques sur deux cas d'herpès du larynx, par STEPANOW (*Monatschr. f. Ohrenh.*, août 1885).
- Conférences sur l'opération de la fissure du palais, par BILLROTH (*Allgemeine Wien. med. Ztg.*, n° 50, 15 décembre 1885).
- Traitement du carcinome des joues et du pharynx, par E. KUSTER (*Deutsch. med. Wochens.*, Berlin, 16 décembre 1885).
- Angine, polyarthrite et purpura, par E. STEPHANIDES (*Prager med. Wochens.*, n° 50, 16 décembre 1885).
- Contribution à l'étude de l'histologie du corps thyroïde et du thymus, par P. FISCHLI (*Arch. f. Mikroskop. anat.* Bd XXV heft 3, 1885).
- Un cas de fistule congénitale du cou, par GUSSENBAUER (*Prager med. Wochens.*, n° 46, novembre 1885).

- Extirpation du goître avec remarques sur les suites de l'opération, par S. MIKULICZ (*Centralbl. f. chir.*, Leipsig, 19 décembre 1885).
- De l'intoxication par la cocaïne, par ZIEM (*Allg. med. Centr. Ztg.*, n° 90, 1885).
- Plaie par arme à feu de la trachée, mort par emphysème, par RYDIGIER (*Centralbl. f. chir.* 18 août 1885).
- Un cas de carcinome du larynx, un cas de tumeur cancéreuse de l'épiglotte, par BILLROTH (Société impériale et royale des médecins de Vienne, 18 décembre 1885).
- 29 cas de trachéotomie dans le croup et la diphthérie (pratique privée), par M. BUCHHOLTZ (Dissertation inaugurale, Berlin, 1885).
- Cas d'hypertrophie prononcée des bandes ventriculaires avec adhérence partielle à la suite d'une blessure du larynx, par DONAGH (*Wien. med. Presse*, n° 46, 15 novembre 1885).
- Maladies paludéennes et infectieuses de la Vera-Cruz, avec remarque sur l'étiologie du spasme glottique, par C. HEINEMANN (*Virchow's Arch.*, Bd 102).
- Du carcinome du larynx, par LUBLINSKY (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n° 51, 17 décembre 1885).
- Étiologie des paralysies des cordes vocales, par H. MOSER (*Deutsch. Arch. f. Klin. med.*, Band XXXVII, Heft 6).
- Tuberculose laryngée primitive, par C. NEIDERT (*Monatschr. f. Ohren.*, n° 12, 1885).
- Paralysie du nerf récurrent dans les affections chroniques du poumon, par CH. BAUMLER (*Arch. f. Klin. med.*, Band XXXVII, p. 271).
- Recherches laryngoscopiques sur le diagnostic de la phthisie pulmonaire, par FISCHER (*Wien. med. Wochen.*, 29 août).
- Carcinome du larynx, extirpation de l'organe, guérison, par STORCK (*Soc. des méd. de Vienne*, 24 avril 1885).
- Sur un cas de polype de la trachée inséré au niveau de la bifurcation des bronches, par BETZ (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Un cas d'ulcérations de la trachée et d'abcès périchondriques de la bronche gauche, par GOTTHELF (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Sur la question du diagnostic des ulcérations laryngées, par SCHNITZLER (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Sur les méthodes nouvelles de l'emploi de la lumière électrique

en laryngologie, et sur la photographie du larynx, par STEIN (58^e réunion des naturalistes et médecins de Strasbourg, septembre 1885).

Sur deux cas rares de nécrose du larynx, par RALLER (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).

Rhinologie.

Diagnostic et traitement des névroses liées aux affections du nez, par W. ROTH (*Wiener med. Wochenschr.*, 1885, n^o 16 et 17).

Épilepsie guérie par l'extirpation d'un polype nasal, par FINCKE (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n^o 4, 1885).

De l'influence des affections chroniques de la muqueuse nasale sur les palpitations nerveuses, par KUEPPER (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n^o 5, 1884).

Relations de l'incontinence nocturne d'urine avec la présence des polypes dans les fosses nasales, par ZIEM (*Allgemeine med. Centralblatt Zeitung*, n^o 64, 1885).

Appareil circulatoire de la muqueuse du nez, au point de vue clinique, par M. BRESGEN (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n^o 34 et 35, août 1885).

Cocaïne dans les affections du nez et de la gorge, par HERZOG (*Monatschr. f. Ohrenh.*, juin et juillet 1885).

Des cocci-capsulaires dans la sécrétion nasale de l'ozène, par KLAMANN (*Allg. med. Cent. Zeit.*, 22 août 1885).

Le nez et ses relations avec les autres parties du corps, par RUNGE (Chez Fischer, Iéna).

Cas d'empyème du sinus frontal chez une femme de 87 ans guéri par l'opération (*Centralblatt Chir.*, 22 août 1885).

Importance du traitement rhino-chirurgical de l'asthme nerveux et d'autres symptômes réflexes, par SCHMALTZ (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n^o 20, 1885).

Cas de polype naso-pharyngien, par BÖCKER (*Deutsch. med. Zeit.*, n^o 30, 13 avril 1885).

Opération de végétations adénoïdes dans la cavité naso-pharyngienne, par HARTMANN (*Deutsch. med. Wochenschr.*, n^o 35, 29 août).

Hyperplasie du tissu adénoïde dans la cavité naso-pharyngienne (*Wiener med. Presse*, n^o 30 et 31, 1885).

- Un cas de rhinolithé, par CHIARI (Société impériale et royale des médecins de Vienne, 16 octobre 1885).
- Catarrhe aigu et chronique du nez, d'origine nerveuse ou vasomotrice, par HERZOG (chez Leuschner et Lubinski, Gratz, 1885).
- Cas d'affection du nez et de la cavité naso-pharyngienne, par KATZ (*Berl. Klin. Wochenschr.*, n° 24, 1885).
- De l'aluminium acético-tartaricum et acético-glycérinatum dans les affections du nez, de la cavité naso-pharyngienne, etc., par V. LANGE (*Monatschr. f. Ohren.*, octobre 1885).
- Cocaïne dans l'extraction des corps étrangers du nez, par H. SCHWITZER (*Wien. med. Presse*, 20 septembre 1885).
- Importance des maladies dentaires dans l'étiologie des affections du nez, par ZIEM (*Monatschr. f. Ohren.*, septembre 1885).
- Du rapport qui existe entre l'obstruction du nez et l'éneurésie nocturne, par ZIEM (*Allg. med. Centr. Zeitung*, n° 64, 1885).
- Action des substances aromatiques sur la muqueuse du nez, par ZIEM (*Deutsch. med. Wochens.*, 24 septembre 1885).
- Accidents d'intoxication après l'emploi de la cocaïne dans les fosses nasales, par H. BRESGEN (*Deutsch. med. Wochens.*, n° 46, 12 novembre 1885).
- Rhinosclérome de la muqueuse nasale, par CHIARI et RIEHL (chez Tempsky, Prague, 1885).
- Un nouveau couteau annulaire pour l'extirpation des tumeurs adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par A. GUYE (*Zeitschr. f. Ohrenh.*, Bd XV, Heft 2 et 3, 25 décembre 1885).
- Atropine dans le coryza aigu, par KRAKAUER (*Deutsch. med. Ztg.*, n° 96, novembre 1885).
- Végétations adénoïdes de la cavité naso-pharyngienne, par MICHAEL (*Wiener Klinik*, n° 12, décembre 1885).
- Névroses réflexes des fosses nasales guéries par le menthol, par A. ROSENBERG (*Berliner klin. Wochenschr.*, n° 48, 1885).
- Études anatomiques, pathologiques et cliniques sur l'hyperplasie de l'amygdale pharyngienne, traitement chirurgical pour éviter les affections auditives, par F. TRAUTMANN (chez Hirschwald, Berlin, 1886).
- Pathologie des fosses nasales et de l'antre d'Hygmore, par WEINLECHNER et ENGEL (*Wien. med. Blätter*, n° 34, 1885).
- Traitement par les lavages après les opérations pratiquées sur le nez, pharynx et bouche, par J. WOLFF (Société de médecine de Berlin, 6 janvier 1886).
- Un cas de collapsus des narines au moment de l'inspiration, par ZIEM (*Deutsch. med. Wochens.*, n° 46, 12 novembre 1885).

- De la blennorrhée des fosses nasales chez les nouveau-nés, par ZIEM (*Allg. med. Centr. Ztg*, Berlin, 19 décembre 1885).
- Des relations qui existent entre les affections du nez et des dents, par ZIEM (*Monatschr. f. Ohren.*, n° 12, décembre 1885).
- Cautérisation à l'acide chromique dans les fosses nasales, par BRESGEN (*Revue mensuelle de laryngologie*, n° 10, 1885, p. 533).
- De l'épistaxis, par KIESSELBACH (58^e session des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Deux cas d'excavations occupant le cornet moyen et provoquant un écoulement fétide, par SCHMITHUISEN (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Des névroses réflexes et des tumeurs nasales, par HOPMANN (58^e réunion des naturalistes et médecins allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Des néoplasmes de la cloison des fosses nasales, par O. CHIARI (*Revue mensuelle de laryngol. et d'otol.*, n° 3, 1886).

Varia.

- Thyroïdite d'origine paludéenne par G. ZEAS (*Centralblatt für Chir.*, n° 30, 1885).
- Papaïotine dans la diphthérie, par DREIER (*Wratsch*, n° 15, 1885).
- Extirpation des goîtres, par FISCHER (*Clinique chirurgicale de Bruns*, à Tubingue, 8^e et dern. fascic. 1883-1885, chez Laupp).
- Tuberculose des amygdales, par STRASSMANN, de Leipzig (*In Revue des sciences médicales*, 1885).
- Du menthol pour obtenir l'anesthésie du pharynx et des fosses nasales, par ROSENBERG (*Berliner Klin. Wochenschr.*, n° 28, 1885).
- De l'action de la cocaïne chez les enfants, par POTT, DE HALLE (58^e congrès des médecins et naturalistes allemands de Strasbourg, septembre 1885).
- Ligature de la carotide primitive nécessitée par une hémorrhagie consécutive à un abcès de l'amygdale (*Wiener med. Blätt.*, n° 53, 1885).
- Emploi du galvano-cautère dans le traitement de la diphthérie, par F. BLOEBAUM (*Deutsch. med. Zeitung*, n° 88, 1885, p. 975).
- Maladies de la partie inférieure du pharynx et de l'œsophage, par KÖNIG (chez Enke, à Stuttgart, 1885).
- Nouveaux faits d'œsophagomalacie chez le vivant par P. DITTRICH, (*Prager med. Wochenschr.*, 7 octobre 1885).

- Dysphagie dans les affections des ganglions bronchiques, par O. KORNER (*Deutsch. Archiv. f. Klin. med.*, Bd XXXVII).
- Un cas d'échigo-coque du corps thyroïde, par MEINERT (*Centralblatt f. chir.*, n° 24, 1885).
- Diphthérie, origine, prophylaxie et traitement, par ROTHE (chez Abel, Leipzig, 1884).
- Symptômes tabétiques dans le cours de la diphthérie, par WEIRS MAX (*Allg. Wien. med. Ztg.*, octobre 1885).
- Importance de la bourse pharyngienne pour pouvoir reconnaître et traiter certaines maladies de la cavité naso-pharyngienne, (chez Bergmann, Wiesbaden, 1885).

Le Gérant : G. MASSON.

